

E-Mail genehmigung@kv-rlp.de
Fax 0261 39002-168
Telefon 06131 326-326

www.kv-rlp.de/959760

Fortführungsantrag für den Patienten
Ambulante Apherese als extrakorporales Hämotherapieverfahren
Richtlinie Methode vertragsärztliche Versorgung, Anlage 1

.....
Arztname (ausführender Arzt)

.....
Pseudonym **Geburtsjahr** **Geschlecht** female male

.....
Krankenkasse (vollständige Adresse an die das Pseudonym versendet wurde ist anzugeben)

.....
Versichertennummer des Patienten

Indikation:

- Familiäre Hypercholesterinämie** in homozygoter Ausprägung (FHC)

- Schwere Hypercholesterinämie** (Medikamentöse Therapie ausgeschöpft)

- Isolierte Lp(a) Erhöhung über 60 mg/dl**

Apherese Ausführung

Beginn: Verfahren:

Intervall: wöchentlich 14-tägig sonstige Intervalle:

Plasmaumsatz:

Unterbrechungen: keine

von bis Grund:

von bis Grund:

von bis Grund:

Körpergröße: cm **Gewicht aktuell:** kg **BMI:**

Raucher: nein ja, Zigaretten pack/years

Ex-Raucher seit:

Bluthochdruck? ja nein

Bekannt seit:

24 Stunden-RR-Messung / Quartal

Systemischer Mittelwert Tag Nacht

Diastolischer Mittelwert Tag Nacht

oder

gemittelte Selbstmesswerte morgens systolisch..... diastolisch.....

gemittelte Selbstmesswerte abends systolisch..... diastolisch.....

Vaskuläre Komplikation seit letztem Antrag:

.....
.....
.....

Angina pectoris	nie	<input type="checkbox"/>	selten	<input type="checkbox"/>	häufig	<input type="checkbox"/>		
arbeitsfähig	ja	<input type="checkbox"/>	teilweise	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>		
alltagstauglich	ja	<input type="checkbox"/>	teils	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>		
Symptomatik	besser	<input type="checkbox"/>	gleich	<input type="checkbox"/>	schlechter	<input type="checkbox"/>		
Nitroverbrauch	nein	<input type="checkbox"/>	täglich	<input type="checkbox"/>	wöchentlich	<input type="checkbox"/>	monatlich	<input type="checkbox"/>

Diabetes mellitus ja nein

bekannt seit:

HbA1c: Normbereich

EBT OAD insulinpflichtig

-Schilddrüsenfunktionsstörung:

ja nein TSH-Wert IU/ml Normbereich Datum

-Niereninsuffizienz:

ja nein Kreatininwert mg/dl Normbereich Datum

-Proteinurie:

ja nein Wert mg/Tag Normbereich Datum

Begleiterkrankungen: falls ja, Befundberichte beifügen nein

.....
.....

Aktuelle vollständige Medikation

Medikament	Dosierung	Behandlungsdauer

Unerwünschte Arzneimittelwirkungen ggf. belegt durch UAW-Meldung oder Meldung an BfArM

.....
.....
.....

Ggf. Kontraindikation gegen bestimmte Arzneimittel

.....
.....
.....

Als Anlage zum Antrag sind beigefügt:

- schriftliche Begründung des Antrages

- aussagekräftige kardiologische bzw. angiologische Beurteilung

Die kardiologische bzw. angiologische ergänzende Untersuchung darf nicht durch den Arzt erfolgen, an den bei bestätigter Indikation zur Durchführung der Apherese überwiesen wird.

- relevante Laborparameter und deren Verlauf **prä/post Behandlung über 12 Monate**
(möglichst auf beigefügtem Laborblatt anzugeben)

Vollständige Angaben sind zwingend erforderlich

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass eine schriftliche Einwilligung des Patienten zur Vorlage der bis auf Geburtsjahr und Geschlecht unkenntlich gemachten Unterlagen bei der Kommission sowie zur Übermittlung eines Pseudonyms und seines Namens an die Krankenkasse vorliegt.

Mit meiner Unterschrift versichere ich die Richtigkeit der gemachten Angaben.

.....
Datum

.....
Unterschrift/Stempel des ausführenden Arztes

Anlage